

УДК 616.352–089.844–089.819–089.168

ЗНАЧЕННЯ НЕТРАВМАТИЧНОГО РОЗСЛАБЛЕННЯ СФІНКТЕРА ВІДХІДНИКА ДЛЯ УСПІХУ ПЛАСТИЧНИХ ТА МІНІІНВАЗИВНИХ ВТРУЧАНЬ В КОЛОПРОКТОЛОГІЇ

С. С. Подпрятков, В. П. Корчак, С. В. Іваненко, М. І. Ступак, О. В. Зубарев, В. В. Іваха, О. В. Сидоренко, А. А. Штаєр, О. В. Перехрест, В. В. Щепетов, В. К. Ростунов, С. В. Брижатюк, В. В. Козлов

Київський міський лікувальний навчально–впроваджувальний центр електроварювальної хірургії та новітніх хірургічних технологій, Київська міська клінічна лікарня № 1

SIGNIFICANCE OF NONTRAUMATIC ANAL SPHINCTER RELAXATION FOR THE SUCCESS OF PLASTIC AND MINIINVASIVE INTERVENTIONS IN COLOPROCTOLOGY

S. S. Podpryatov, V. P. Korcbak, S. V. Ivanenko, M. I. Stupak, O. V. Zubarev, V. V. Ivakha, O. V. Sydorenko, A. A. Shtayer, O. V. Perekbrest, V. V. Shchepetov, V. K. Rostunov, S. V. Bryzhatyuk, V. V. Kozlov

РЕФЕРАТ

Мета дослідження – оцінити роль нетравматичного розтягнення сфінктера відхідника (СВ) як визначального чинника успіху мінімально інвазивних та/чи пластичних проктологічних втручань. Одноцентрове рандомізоване дослідження здійснене у 83 пацієнтів. У 22 з них виявлено тріщину відхідника (ТВ) (у 16), супрасфінктерну норицю (у 3) та поєднання ректоцеле 2–3Ар (за класифікацією POP–Q) з зтоншенням переднього сегмента СВ, наявністю геморою ІІІ ступеня та передньої ТВ. За 5–15 діб до втручання між внутрішнім та зовнішнім СВ вводили 90 ОД препарату ботулотоксину (Диспорт). Результати лікування без ін'єкції ботулотоксину порівнювали ретроспективно. Після ін'єкції ботулотоксину відзначали зникнення спазму СВ, що сприяло зменшенню інтенсивності болю перед та після операції в усіх спостереженнях. Усунення спазму дозволяло уникнути рецидиву високої нориці відхідника внаслідок зміщення клаптя слизової оболонки після внутрішньопросвітнього закриття нориці, чи розриву міжм'язового електроварювального "шва" нориці, також забезпечувало збереження пластичних швів на СВ навіть за наявності ректоцеле ІІ–ІІІ стадії, незалежно від виконання його симультанної хірургічної корекції.

Ключові слова: тріщина відхідника; нетравматичне розтягування сфінктера відхідника; мініінвазивні втручання; колопроктологія.

SUMMARY

The investigation objective was to estimate the role of nontraumatic anal sphincter (AS) stretching, as a leading factor of success in minimally invasive and/or plastic proctological interventions. One-centre randomized investigation was performed in 83 patients. In 22 of them the AS fissura was revealed (in 16), suprasphincteric fistula (in 3) and coexistent rectocele 2–3Ar (according to POP–Q classification) with thinning of the AS anterior segment, the degree III hemorrhoids and anterior AS fissure presence. Ninety units of botulinum toxin preparation (Disport) were injected between internal and external AS portions 5–15 days preoperatively. The treatment results without botulinum toxin injection were compared retrospectively. After botulinum toxin injection performance the AS spasm elimination was noted, leading to the pain subsiding preoperatively and postoperatively in all the patients observed. The spasm elimination have permitted to escape the anal high fistula recurrence as a result of the mucosal flap shift after intraluminal closure of the fistula or because of the fistula intermuscular electrowelding "suture" rupture, also have guaranteed the plastic sutures on AS, even while the stage II–III rectocele presence, not depending of performance of its simulant surgical correction.

Key words: anal fissura; nontraumatic anal sphincter stretching; miniinvasive interventions; coloproctology.

Частота виникнення рецидиву після втручання з приводу нориці відхідника становить від 3 до 62% [1], що свідчить про значні розбіжності визначальних чинників її лікування. Після здійснення часткової бічної сфінктеротомії для лікування ТВ через 1 рік спостерігають нетримання у 2–14% хворих [2, 3] після розтягнення СВ – у 27% [1, 4], при цьому через 5 років частота виявлення нетримання збільшується [5]. Загоєння відзначають у 84% хворих – після висічення ТВ, у 48–78% – після її пластичного закриття з використанням переміщеного клаптя [6].

Мета дослідження: вивчити ефективність нетравматичного розслаблення СВ як передумови здійснення пластичних та мініінвазивних втручання в колопроктології.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізовані результати лікування в одному закладі 83 хворих з приводу гострої та хронічної ТВ, супрасфінктерної, екстрасфінктерної або високої трансфінктерної ТВ, стоншення передньої порції СВ внаслідок пологової травми. В основній групі у 22 хворих з метою передопераційного розслаблення СВ здійснювали ін'єкцію препарату ботулотоксину Диспорт (ПБД) у дозі 90 ОД. В групі порівняння у 61 хворого для розслаблення СВ здійснювали часткову бічну сфінктеротомію – за гіпертонічно–гіперестезивної реакції, та розтягнення – за гіперестезивної. Рандомізація здійснена за способом лікування. Тонус та реакцію СВ, чутливість прямої кишки з тестом на вигнання визначали з використанням балона та цифрового манометра. Попередньо вивчали стан і межі порушення м'язів СВ й тазового дна, кровопостачан-

ня, наявність нориці з використанням інтаректально введених 2D та 3D ректальних датчиків ультразвукового сканера HAWK 2102 BK—Medical (Данія). Використовували опитувальники SF—36, візуальну аналогову шкалу болю (ВАШ). Для пластики ректовагінальної перетинки застосовували поліпропіленову сітку ProCeed (Ethicon). Під час виконання оперативного втручання застосовували технологію електрозварювання живих тканин та метод трансанальної гемороїдальної дезартеріалізації (THD).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За даними тензографії у хворих виділяли 2 типи реактивності СВ: гіперестезивну та гіпертонічно—гіперестезивну. Гіпертонічно—гіперестезивна реактивність СВ клінічно відповідна його стійкому спазму, характеризувалася східцеподібним, а не лінійним розслабленням СВ після введення балона у відхідник.

Позитивний результат введення ПБД відзначений в усіх хворих.

Гостра ТВ за відсутності поруч гемороїдального вузла, що випадає, загоїлася в усіх хворих, проте, після введення ПБД відчуття болю після випорожнення зникло на 4—5 діб раніше, ніж без введення ПБД — через $(4,1 \pm 0,5)$ доби.

За наявності поруч з гострою ТВ гемороїдального вузла, що випадає, та/чи поліпу результат введення ПБД був подібним до такого у хворих при хронічній ТВ, навіть за відсутності рубцевих змін її країв: загоєння вдалося досягти лише в 1 з 8 хворих — за симптоматичної ТВ та в 1 з 4 — за хронічної ТВ. Тому за наявності поруч з гострою ТВ гемороїдального вузла, що випадає, та/чи поліпу ТВ називали симптома-тичною та розглядали в спільній групі з хронічною. В цій групі у 10 (83,34%) з 12 хворих без загоєння ТВ після введення ПБД досягнуте зменшення протягом 3—6 діб "яскравості" болю після випорожнення, його тривалості з 1—5 год до кількох хвилин та інтенсивності — на 60—70%. За даними тензографії відзначали усунення гіпертонічної складової спазму СВ. З цих хворих 5 — відмовились від оперативного втручання, вважаючи свій стан задовільним, хоча біль зберігався, інші 5 — оперовані через 2—3 тиж, здійснене висічення ТВ, пластика з використанням переміщеного клаптя, електрозварювання гемороїдальних вузлів, у 2 хворих — THD. Рецидиву ТВ в оперованих хворих не було.

Протягом 1 року спостереження для оперативного лікування звернулися 2 з тих хворих, які відмовились від втручання, в 1 — виявлена раніше не діагностована нориця, в 1 — виник рецидив ТВ через часті випорожнення, спричинені медикаментозно зумовленим хронічним колітом.

Усунення спазму СВ після введення ПБД сприяло легшому випорожненню, зменшенню інтенсивності

болю, обмеженню рухів на 20—30% у ранньому післяопераційному періоді у хворих з ТВ, зменшенню потреби в аналгетиках на 30—60%. Гіперестезивна реакція СВ зберігалася протягом 11—12 діб.

В групі порівняння зсув переміщеного клаптя після операції відзначений у 10 (50%) хворих. "Яскравість" болю, гіперестезивна реакція СВ зберігались до 16—18—ї доби.

Після введення ПБД здійснене підслизове і між'язове електрозварювання норицевого ходу без висічення у 3 хворих, з них в 1 — на тлі супутнього ректоцеле і порушення вигнання. Протягом 1,5 року рецидиву не було.

В групі порівняння рецидив екстрасфінктерної нориці після закриття її внутрішнього отвору з використанням переміщеного клаптя та часткової сфінктеротомії (у 6 хворих) і накладення відключаючої колостоми (в 1) виник у 2 (33,3%) хворих, в 1 — зсув клаптя без рецидиву.

Хворим за хронічного геморою, ускладненого передньою ТВ та підвищенням тону сфінктера СВ, поєданого з післяпологим стоншенням передньої порції СВ та ректоцеле 2—3Ар (за класифікацією POP—Q) з порушенням вигнання з кишки, здійснене одномоментне втручання після підготовки шляхом введення ПБД. Виконані електрозварювання гемороїдальних вузлів, пластичне закриття ТВ, висічення передньої транссфінктерної нориці (в 1 хворої), сфінктеропластика та алопластика за допомогою сітки ректовагінальної перетинки (у 2 хворих). Після операції хворі не застосовували ручну допомогу під час випорожнення, яке було довільним, без тривалого натужування. У них повністю відновлена функція тримання. Рецидиву ТВ, неспроможності швів не було. В товщі ректовагінальної перетинки в обох хворих утворилася серома, в 1 — виникло прорізування швів на дистальному краю через вигин сітки без рецидиву порушення вигнання. Після обрізування сітки і проростання її грануляційною тканиною (через 7 міс) рана закрилася.

У строки спостереження протягом 2 років функція тримання та вигнання повноцінна, рецидиву ТВ та геморою немає.

В групі порівняння першим етапом здійснювали висічення гемороїдальних вузлів з пластикою ТВ. Всі хворі після операції через існування ректоцеле змушені натужуватись під час випорожнення, що спричинило неспроможність пластичних швів — в усіх, швів на гемороїдальних вузлах — у 60%.

ВИСНОВКИ

1. Стійке усунення спазму СВ шляхом міжсфінктерного введення 90 ОД ПБД забезпечило суттєве зменшення вираженості больового синдрому в усіх хворих за хронічної та симптоматичної ТВ.

2. Міжсфінктерне введення 90 ОД ПБД у СВ забезпечує стійке закриття ТВ з використанням переміщеного клаптя в усіх оперованих, запобігає виникненню ускладнень при підслизовому перекритті супрасфінктерної нориці відхідника при порушенні вигнання з прямої кишки, а в поєднанні з електрозварюванням — збільшує частоту безрецидивного одужання на 33,3%.

3. Показаннями до застосування ПБД є: спазм СВ, виконання хірургічного втручання на СВ або з пластикою тканин відхідника.

ЛІТЕРАТУРА

1. Fistula plug versus conventional surgical treatment for anal fistulas. A system review and meta-analysis / Y. W. Pu, C. G. Xing, I. Khan [et al.] // *Saudi Med. J.* — 2012. — Vol. 33, N 9. — P. 962 — 926.
2. Comparison of botulinum toxin injection and lateral internal sphincterotomy for the treatment of chronic anal fissure / B. B. Menten, O. Irkorucu, M. Akin [et al.] // *Dis. Colon Rectum.* — 2003. — Vol. 46, N 2. — P. 232 — 237.
3. Comparative study of conventional lateral internal sphincterotomy, v-y anoplasty, and tailored lateral internal sphincterotomy with v-y anoplasty in the treatment of chronic anal fissure / A. Magdy, A. El Nakeeb, Y. Fouda [et al.] // *J. Gastrointest. Surg.* — 2012. — Vol. 16, N 10. — P. 1955 — 1962.
4. Manual dilatation of the anus / A. MacDonald, A. Smith, A. D. McNeill, I. G. Finlay // *Br. J. Surg.* — 1992. — Vol. 79, N 12. — P. 1381 — 1382.
5. Incontinence after a lateral internal sphincterotomy: are we underestimating it? / S. Casillas, T. L. Hull, M. Zutshi [et al.] // *Dis. Colon Rectum.* — 2005. — Vol. 48, N 6. — P. 1193 — 1199.
6. Endorectal advancement flap: are there predictors of failure? / N. Mizrahi, S. D. Wexner, O. Zmora [et al.] // *Ibid.* — 2002. — Vol. 45, N 12. — P. 1616 — 1621.

